

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Centro I, São José de
Mipibu/RN**

Rafaelle Ricarte da Silva Jales

Pelotas, 2015

Rafaelle Ricarte da Silva Jales

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Centro I, São José de
Mipibu/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família, da Universidade Federal de Pelotas,
como requisito parcial para a obtenção do título
de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Karla Soliana de Oliveira Pantaleão
Co-orientadora: Louriele Soares Wachs

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

J26m Jales, Rafaelle Ricarte da Silva

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Centro I, São José de Mipibu/RN / Rafaelle Ricarte da Silva Jales; Karla Soliana De Oliveira Pantaleão, orientador(a); Louriele Soares Wachs, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

63 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Pantaleão, Karla Soliana De Oliveira, orient. II. Wachs, Louriele Soares, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

À Deus, por estar sempre presente em minha vida, além de ajudar nessa caminhada.

À minha mãe Ricarte e ao meu pai Ailton, que me deram o dom da vida, e me apoiaram mesmo estando longe deles.

Ao meu querido amor José Manuel, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e incentivando para o meu sucesso profissional. E ao meu filho amado Gabriel que sempre foi um anjo na minha vida.

*“ O senhor renova as minhas forças e me guia por caminhos certos, como ele
mesmo prometeu ...”*

Autor Desconhecido

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	38
Figura 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.....	38
Figura 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	39
Figura 4: Proporção de idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia	39
Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	40
Figura 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	41
Figura 7: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	41
Figura 8: Proporção de idosos com hipertensão rastreados para diabetes	42
Figura 9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	42
Figura 10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática ..	43
Figura 11: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa ..	43
Figura 12: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	44
Figura 13: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	44
Figura 14: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	45
Figura 15: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	45
Figura 16: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia	46

Lista de Abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DM – Diabetes Mellitus

DC- Doenças Crônicas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HGT – Teste de Glicemia Capilar

HIPERDIA – Programa de Hipertensão e Diabetes

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

RN – Rio Grande do Norte

RS – Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPeI – Universidade Federal de Pelotas

USG – Ultrassonografia

Sumário

1	Análise Situacional.....	12
1.1	Texto Inicial sobre a situação da ESF	12
1.2	Relatório da Análise Situacional	13
1.3	Comentário Comparativo sobre o texto inicial e o relatório de análise situacional	17
2	Análise Estratégia	18
2.1	Justificativa	18
2.2	Objetivos e Metas.....	20
2.2.1	Objetivo geral	20
2.2.2	Objetivos Específicos	20
2.2.3	Metas.....	20
2.3	Metodologia.....	22
2.3.1	Detalhamento das Ações	22
2.3.2	Indicadores	24
2.3.3	Logística	29
2.3.4	Cronograma	32
3	Relatório final da Intervenção	33
3.1	As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	33
3.2	As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	35
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção	36
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	36
4	Avaliação da Intervenção.....	37
4.1	Resultados	37
4.2	Discussão.....	46
5	Relatório para o gestor.....	49
6	Relatório para a comunidade	53
7	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	56
Anexos	59

Resumo

JALES, R.R.S. Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Centro I, São José de Mipibu/RN. 2015. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento populacional vem crescendo e tornando-se um dos grandes desafios atuais, devido suas múltiplas dimensões, as quais abrangem fatores de ordem social, política, cultural e econômica, colocando-nos como sujeitos e agentes de saúde para abrir espaços e vivenciar novas experiências. A escolha do foco da intervenção foi algo baseado no grande número de idosos que são atendidos na minha unidade e nos indicadores de qualidade, os quais deixam a desejar. O objetivo deste trabalho foi promover a melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Centro I, São José de Mipibu/RN. Trata-se de um estudo de intervenção, realizado no período de quatro meses com os idosos cadastrados na área de abrangência da equipe da Estratégia de Saúde da Família da UBS Centro I. Os sujeitos da pesquisa foram as pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, de ambos os sexos, com ou sem problemas de locomoção e/ou acamados. Este projeto foi desenvolvido no período de maio, junho, julho e agosto de 2015. Os instrumentos usados foram a planilha de coleta de dados e a ficha espelho disponibilizado pela UFPel para obter os dados da intervenção. Ao fim da intervenção pudemos analisar nossos dados de forma descritiva, utilizando a frequência absoluta e relativa. Conseguimos cadastrar no programa 255 idosos que corresponde a 98% da população idosa da área de abrangência. Desses idosos, 37 se encontravam acamados e todos eles (100%) foram cadastrados e receberam visita domiciliar. Por fim, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa, a qual passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo principal melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Centro I, São José de Mipibu/RN.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

Na quinta seção, relatório da intervenção para os gestores.

Na sexta seção, relatório para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção sétima, será apresentada uma reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF

A Unidade Básica de Saúde na qual estou inserida fica localizada no Centro do Município de São José de Mipibu/RN. Comporta duas equipes da Estratégia Saúde da família, sendo uma ESF (basicamente feminina), composta por duas médicas, duas enfermeiras, duas dentistas, duas auxiliares de consultório dentário (ACD), duas técnicas de enfermagem, 10 agentes comunitários, uma arquivista e um auxiliar de serviços gerais. A nossa área engloba aproximadamente duas mil e quinhentas e cinquenta pessoas, cuja renda varia de média a baixa. Observo que algumas ruas ainda não apresentam saneamento básico, o que contribui para prejudicar a saúde da população. Pelo que percebi até agora, aproximadamente 1/3 da população é idosa.

A UBS é uma casa adaptada, e recentemente reformada para a chegada do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Apresenta uma sala de recepção onde é feita a triagem, com iluminação natural que poderia ser mais reservada, consultórios médicos amplos, com boa iluminação, armários, maca e ar-condicionado, um consultório odontológico, sala da enfermeira, sala de vacina, farmácia, dois banheiros, uma cozinha que fica no sótão com iluminação natural e um almoxarifado.

Observando a minha equipe, percebo que todos se empenharam para promover a saúde de forma eficiente. A maioria dos agentes realizam suas visitas domiciliares consistentemente, e fazem busca ativa dos usuários. As técnicas desempenham muito bem o seu papel, vacinando a população e fazendo a triagem. A enfermeira, meu braço direito; ela desenvolve seu trabalho com praticidade, me dá suporte com o pré-natal, realização de preventivo e no programa Crescimento e Desenvolvimento. Há também a nossa dentista e sua auxiliar, as quais estão

desenvolvendo um ótimo trabalho nas escolas. Contamos também com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que faz pelo menos duas visitas no mês (o que eu acho pouco) em cada unidade do município. Com o NASF nossa população fica assistida quanto aos atendimentos psicológico, nutricional, fisioterapêutico e ainda há o educador físico, o qual está sempre presente nas atividades de promoção à saúde que envolvem atividade física. Temos ainda dois dias por mês de consultas com o pediatra. Outro problema é a falta de segurança, que nem o estado nem a prefeitura querem se responsabilizar por esse problema. Particularmente, a unidade fica numa rua praticamente deserta no período da tarde e a equipe é quase que completamente feminina, o que aumenta ainda mais a nossa insegurança. Além disso, estatísticas mostram que o município de São José de Mipibu está entre as cidades do RN mais violentas da atualidade.

Buscamos sempre trabalhar em conjunto, procurando uma boa comunicação entre a nossa equipe. Dessa forma, a população é bem atendida e o objetivo da atenção básica é almejado. Acredito que o nosso trabalho está sendo bem feito e a população bem atendida. Notamos a satisfação do usuário quando procura nossa unidade. Espero que continue sempre assim; na verdade, espero que possamos evoluir a cada dia de atendimento na UBS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Minha unidade básica de saúde fica no centro do município de São José de Mipibu, o qual fica 60 km da capital Natal, no estado do Rio Grande do Norte. Segundo IBGE, em 2010 sua população era de 39.771 habitantes, ocupando uma área territorial de 294km². Atualmente, há 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município, mas já foi colocado que será aberta uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), além do hospital Maternidade do Município, o que representa um ganho para toda a população.

Todas UBS seguem o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Também temos três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), divididos para as 20 unidades e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), assim, contamos com atendimento nas áreas de nutrição, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social, além de atenção secundária para Odontologia. Isso garante uma melhor assistência à população.

Além disso, existe um centro de referência na cidade, no qual há diversas especialidades médicas. Em relação aos exames complementares, os exames laboratoriais chegam a estar finalizados com um mês (postergando por vezes o diagnóstico e tratamento) e os de imagem com mais de dois meses. Fizemos uma reunião recente com nossa gestora e o secretário de saúde, os mesmos ficaram de resolver tais problemas.

Minha Unidade Básica de Saúde fica no centro da cidade, ela chamada de UBS Centro I e II, estou locada na UBS centro I, a qual é responsável para atender a 2.550 pessoas, sendo aproximadamente 780 famílias. A equipe é composta por uma médica, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma arquivista, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais. Todos os profissionais são bem empenhados para fazer da melhor forma sua função. Toda equipe é unida, assim, fica mais fácil de fazer atividades de promoção à saúde.

A estrutura física da unidade básica é relativamente boa. A UBS funciona dois turnos (matutino e vespertino) de atendimento à população. Mesmo sendo duas equipes, não temos tantos problemas de espaço físico. Há consultório individual para cada profissional, ou seja, há um consultório para o médico, um para a enfermeira e um para as dentistas que é dividido em turnos os atendimentos de cada equipe. No entanto, não dispomos de sala para os agentes comunitários. As salas são todas bem sinalizadas, facilitando o fluxo dentro da unidade. A estrutura das salas é boa, com boa iluminação. Existem dois banheiros, um para os funcionários e outro para os usuários que não é adaptado para cadeirante. Contamos com duas cadeiras de rodas. Temos uma sala de espera ampla, no espaço onde se imagina uma garagem de uma casa, que também serve para as ações e atividades em grupo. Há ainda a sala de vacina, a sala de curativo e a farmácia. Esta última fica num espaço pequeno, dificultando a locomoção do profissional e a disposição dos medicamentos nas prateleiras. Recentemente, nosso estoque de medicamentos melhorou um pouco, mas ainda não é suficiente. Há a distribuição de medicamentos também na farmácia central da cidade.

Mesmo atendendo a semana toda sofremos com o excesso de demanda, devido ao Hospital do Município está fechado para atendimento adulto, e os atendimentos de urgências estão sendo realizados de dia nas UBS's e a noite em

um pronto-atendimento que funciona em uma UBS na parte da noite. Sempre existe as demandas com eventuais urgências que surgem.

Em relação à saúde da criança, temos a consulta com o pediatra quinzenalmente (aproximadamente 30 atendimentos mensais); a enfermeira e eu somos responsáveis pelo atendimento de puericultura e crescimento-desenvolvimento, além disso, fico com os casos agudos que surgem ao longo da semana. São feitas ainda ações de prevenção em forma de palestras na UBS. Em relação ao cartão vacinal, posso dizer que quase 100% das crianças estão com os seus cartões de vacinas atualizados. Realizamos mensalmente o acompanhamento das crianças menores de 2 anos nas consultas de Crescimento e Desenvolvimento (CD).

Em relação ao pré-natal, todas gestantes acompanhadas na nossa área têm suas consultas em dia de acordo com o calendário preconizado pelo MS. Além das seis consultas preconizadas, não é raro fazermos mais que isso, garantindo melhor assistência à nossa gestante. Minha equipe dispõe de um turno por semana exclusivamente para consultas de pré-natal, realizamos em média 25 consultas de pré-natal por mês. A enfermeira e eu revezamos de 30/30 dias nas consultas de pré-natal. Quando necessário referenciamos as gestantes para a “Casa da Mulher”, referência do município para o pré-natal de alto risco e atendimento a mulher que precisa de atendimento ginecológico. Oferecemos as vacinações e coleta de preventivo. Além das orientações feitas nas consultas sobre o aleitamento materno, cuidados com as mamas, alimentação adequada durante a gestação e sobre as transformações no organismo da gestante, temos também um grupo de gestante na unidade, onde uma vez por mês nos reunimos para abordar um tema sobre a gestação. Não tenho problema quanto aos exames de imagem, como USG obstétrica; no entanto, exames laboratoriais às vezes demoram, então acabo orientando as gestantes a realizarem os exames mais urgentes de forma particular. O registro das gestantes, é feito em um "cartão da gestante" no primeiro dia de seu pré-natal e a cada consulta há um registro dos dados clínicos nesse cartão e no prontuário da família pertencente a ela. Em relação ao câncer de mama e de colo do útero, temos uma cobertura satisfatória da população feminina da nossa área na prevenção do CA de colo de útero, já que mais da metade dessa população (80%) está com o exame citopatológico em dia, a maioria com amostras satisfatórias e células representativas da junção escamo-colunar (JEC); também dispomos de uma

boa cobertura de controle do CA de mama, uma vez que mais da metade das mulheres da área (65%) apresentam mamografia em dia. A enfermeira é responsável por realizar os preventivos, cujo resultado é mostrado para médica em consultas posteriores. Particularmente, minha UBS não demora a receber os resultados os exames solicitados como mamografia e ultrassonografia (USG) de mamas. Trabalhamos sempre orientando a usuária a ficar atenta aos sinais de alarme, através do autoexame da mama.

O atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes são feitos uma vez por semana, durante os dois turnos, dentro do programa HIPERDIA. Temos em média cadastrados e acompanhados 286 usuários com hipertensão e 113 portadores de diabetes. Seguimos as orientações e recomendações do Ministério da Saúde. Trabalhamos com palestras informativas sobre estilo de vida e temos o grupo HIPERDIA, onde nos reunimos uma vez por mês para falar sobre o conceito da doença, suas complicações e tratamento. Os usuários são bastante assíduos e demonstram preocupação com a sua saúde. O registro da consulta é feito apenas no prontuário, assim, fica mais difícil acompanhar de forma mais completa a evolução dessas doenças. Nesses programas são incluídos o atendimento à população idosa da área de abrangência da unidade de saúde.

Os idosos fazem parte da maior parcela de usuários da unidade básica. Apesar disso, não construímos ainda um protocolo de atendimento específico. Dessa forma, não há nada direcionado exclusivamente para essa faixa etária. Essa situação-problema será levado para equipe elaborar medidas que venham a melhorar a atenção aos nossos idosos. Os idosos tendem a participar apenas de programas voltados ao HIPERDIA, apesar de sabermos que os problemas de saúde dos idosos irem além da hipertensão e diabetes.

A cada dia é uma experiência nova, as quais muitas vezes são desafiantes, mas fundamentais para o crescimento profissional. Tenho a sorte de ter entrado em uma equipe acolhedora comprometida com o trabalho, disposta a trabalhar pelo bem dos nossos usuários. Ainda enfrentarei muitas batalhas pela frente, mas o que importa ao final de tudo é que elas sejam superadas e que a assistência à população seja realizada de maneira mais eficaz.

1.3 Comentário Comparativo sobre o texto inicial e o relatório de análise situacional

Os questionários de análise situacional disponibilizados na primeira unidade do curso foram fundamentais para melhor compreender a realidade concreta da UBS em que estava lotada. Nesse sentido, os questionários permitiram identificar as condições físicas e estruturais de funcionamento da Unidade Básica de Saúde do município.

Foi possível identificar: localização, vínculo institucional, especialidades médicas, práticas de estágio e de ensino, estrutura física, sinalização, adequação e acolhimento dos usuários, equipe multidisciplinar, periodicidade de atendimento e exames.

Diante dessas orientações, no campo da pesquisa e análise das condições concretas da Unidade Básica de Saúde (UBS), pude perceber melhor as particularidades do espaço físico e do contexto social de atendimento aos usuários. Portanto, o questionário situacional auxiliou bastante na minha própria inserção na UBS enquanto membro da equipe multidisciplinar de saúde.

2 Análise Estratégia

2.1 Justificativa

Estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo (BRASIL, 2006). Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2007). Isso representa um grande desafio para os profissionais da atenção básica, que devem rever, métodos de planejamento quanto à assistência prestada a fim de que haja promoção à saúde. Enfim, os ganhos sobre a mortalidade e, como consequência, o aumento da expectativa de vida, associam-se à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2010), principalmente no que se diz respeito à atenção básica.

O foco principal deste trabalho é “Saúde do idoso”; pretendemos qualificar a assistência aos usuários com 60 anos ou mais e aplicar ações de promoção à saúde aos idosos da Unidade de Básica de Saúde do Centro I, localizada no município de São José de Mipibu/RN, reduzindo, assim, os índices de morbimortalidade dessa população.

A escolha do foco da intervenção foi algo baseado no grande número de idosos que são atendidos na minha unidade e nos indicadores de qualidade, os quais deixam a desejar. Como falado na análise situacional, não há registro do número de idosos que realizaram avaliação multidimensional, dos que estão com a consulta em dia, dos que foram avaliados quanto à morbimortalidade e indicadores

de fragilização na velhice. Isso certamente representa uma falha e não podemos concluir apropriadamente se há uma baixa qualidade da assistência prestada. Pretendo melhorar o registro de informações e, por conseguinte, melhorar a qualidade do atendimento à pessoa idosa.

Temos um total de 260 idosos, dos quais sabemos pelas informações dos agentes comunitários de saúde que 90% receberam a caderneta de saúde da pessoa idosa nas ultimas campanhas de vacinação; no entanto, menos de 10% apresentam-na no momento da consulta. Isso representa outro ponto que precisa da nossa intervenção.

A Unidade Básica de Saúde do centro I apresenta uma boa estrutura física, com quantidade suficiente de consultórios, sala de vacina, sala de curativo, sala de expurgo, sala de recepção e banheiros adequados. A minha equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e cinco agentes de saúde; somos responsáveis por aproximadamente 2.550 pessoas.

O público alvo da intervenção são todos os idosos residentes na área adstrita. Atualmente, trabalhamos com ações de promoção à saúde apenas com os idosos participantes do HIPERDIA, representando outra falha da minha unidade e um ponto a ser melhorado pela minha equipe a fim de abranger a totalidade dos idosos, independentemente de suas doenças. Contudo, aumentaremos essa cobertura fazendo a busca ativa dos demais idosos da nossa área.

É fundamental melhorar os indicadores de qualidade como avaliação multidimensional, assim como manter as consultas em dia, incluindo as consultas com a dentista. Acredito que a adesão dos idosos será boa, assim como a adesão dos idosos do HIPERDIA.

Melhorar os índices de morbimortalidade dos idosos é extremamente importante, uma vez que, como falado anteriormente, não onera os serviços em saúde, além de que é encantador ver um idoso envelhecer de forma saudável, tendo um ritmo de vida ativo e inserido dentro da sociedade.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Promover a melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Centro I, São José de Mipibu/RN.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura do acompanhamento na unidade de saúde;
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;
4. Melhorar os registros das informações;
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
6. Promover a saúde.

2.2.3 Metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários idosos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos usuários idosos da área de abrangência no Programa de Atenção Saúde do idoso da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários idosos.

Meta 2.1. Realizar avaliação multidimensional apropriado em 100% dos idosos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos com doenças crônicas.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos idosos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos para 100% dos idosos da farmácia popular.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos ou com problemas de locomoção (estimativa dos 8% dos idosos).

Meta 2.6. Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8. Realizar 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg para Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários idosos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5. Mapear os usuários idosos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Buscar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% dos idosos.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários idosos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos idosos.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários idosos. (Incluindo higiene de próteses dentárias).

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações

De acordo com a nossa realidade atual e a análise situacional realizada durante a construção de várias atividades no decorrer do curso, optamos por desenvolver estratégias de melhorias na atenção à saúde da pessoa idosa. O projeto está para ser desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Centro I, localizada na cidade de São José de Mipibu – RN. Participarão das atividades a serem desenvolvidas neste projeto todos os idosos que residem na área de abrangência da nossa unidade de saúde que tenham 60 anos ou mais. A estimativa é que durante o desenvolvimento das intervenções do projeto o acompanhamento desses idosos aumente pelo menos para 60%,

Será criado pela Arquivista da unidade um livro de registro para os idosos que frequentam o posto de saúde, o qual será alimentado semanalmente pelos agentes de saúde para que todos os idosos frequentadores da unidade sejam monitorados, facilitando assim os registros das doenças Crônicas e a construção do perfil do público alvo.

Para realizar o acompanhamento dos idosos, no que diz respeito a organização e gestão, vamos aprimorar o acolhimento aos idosos que procuram o serviço de saúde na unidade.

Nesse sentido, o acolhimento será realizado por todos os membros da equipe, acolhendo o idoso desde a triagem até o momento em que ele será

atendido, remarcando a sua consulta previamente, conquistando o idoso para que ele retorne à unidade. Durante as consultas dos usuários implantaremos a ficha espelho disponibilizada pela Ufpeel que permitirá a atualização do cadastro dos idosos da área. Onde também explicaremos a importância do acompanhamento e retorno para as consultas médicas e as demais atividades do posto.

Para que o acolhimento dos idosos seja realizado todos os dias da semana, realizaremos reuniões semanais com toda a equipe. Com o intuito de que os idosos sejam orientados, bem informados e recebidos na unidade. Quanto aos idosos portadores de doenças Crônicas, como Hipertensão e Diabetes, durante a triagem será feita aferição de pressão arterial, peso, altura, IMC e aferição da glicemia capilar de todos os idosos diabéticos e hipertensos. Os equipamentos necessários para realizar a triagem já são existentes na nossa unidade, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Também vamos aprimorar as visitas domiciliares para os idosos acamados e os que não são acamados, mas não podem ir na unidade por problemas de locomoção. As visitas domiciliares são realizadas uma vez por semana, uma visita para cada ACS, atualmente já temos o apoio do NASF para nos acompanhar nas visitas domiciliares temos um fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, pretendemos incorporar com mais frequência esses profissionais nas visitas aos usuários acamados e com problemas de locomoção de acordo com a necessidade de cada um.

No sentido de melhorar atendimento ao grupo da terceira idade, a equipe também propõe aprimorar e monitorar o atendimento odontológico para os idosos, que será atualizado no livro de registros pela arquivista. Durante uma vez na semana colocaremos na agenda do dentista o dia do idoso, no qual serão atendidos por semana pelo menos 15 idosos.

Os idosos serão encaminhados para o agendamento semanal após a realização dos atendimentos clínicos prestados pelo médica e enfermeira da unidade de saúde. Os agentes de saúde também podem excepcionalmente realizar os agendamentos durante as visitas residenciais.

O monitoramento da cobertura dos idosos da área é realizado pelos agentes de saúde, os dados são atualizados mensalmente e repassados para toda a equipe. Os idosos acamados ou com problemas de locomoção recebem a visita domiciliar e também têm seus dados atualizados. Tais visitas serão organizadas na agenda da

médica e da enfermeira. Para os usuários que necessitam de outros profissionais, como os do NASF, elaboraremos uma planilha para que as visitas sejam previamente agendadas. Além disso, será realizado o cadastro com o número de idosos hipertensos, diabéticos, e os idosos que tem hipertensão e diabetes.

Com relação ao engajamento público, optamos por esclarecer e orientar a comunidade da área de abrangência, sobre a importância dos idosos realizarem o acompanhamento, médico, odontológico e de enfermagem, e alertá-los sobre a facilidade de realizar este acompanhamento periódico no posto de saúde. Estes esclarecimentos serão realizados na sala de espera da unidade, através de palestras realizadas pela equipe e divulgação de panfletos através dos ACS sobre o programa saúde do idoso.

Além disso, a comunidade será informada sobre os serviços oferecidos na unidade de saúde, tais como: aferição de pressão arterial, peso, glicemia capilar e vacinas. Sobre o dia do idoso, que ocorrerá na unidade uma vez por semana, o atendimento será dedicado somente para os indivíduos que tenham 60 anos ou mais de idade.

Portanto, para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, no eixo de organização e gestão do serviço têm-se como ações a serem desenvolvidas: garantir os recursos necessários para implantação, realizar a avaliação multidimensional rápida em todos os idosos através de solicitação de impressos necessários à secretaria de saúde, definir as atribuições de cada membro da equipe na realização da avaliação multidimensional rápida dos idosos e na avaliação dos idosos com hipertensão e/ou diabetes, em reunião realizada com os ACS e enfermeira, técnicos de enfermagem e odontólogo, por fim, iremos aprimorar o sistema de busca aos idosos que não realizarem exame clínico adequado, através de contato realizado com a secretaria de saúde e os agentes comunitários de saúde.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários idosos.

Meta: 1.1. Cadastrar 100% dos idosos da área de abrangência no Programa de Atenção Saúde dos idosos da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção aos idosos na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa Saúde dos idosos da unidade de saúde.

Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários idosos.

Meta 2.1. Realizar avaliação multidimensional apropriado em 100% dos idosos.

Indicador 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos incluindo exame de pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de idosos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exame complementares em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e /ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e /ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente na área da UBS.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/UBS priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/UBS.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área.

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes a área.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de residência da UBS.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de idosos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro adequado na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de idosos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da pessoa idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área da UBS.

Objetivo 5. Mapear idosos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia do risco cardiovascular em 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área da UBS.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3 Proporções de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

Numerador: Número de usuários idosos com orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários idosos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários idosos. (Incluindo higiene de próteses dentárias)

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar as atividades durante a implantação da intervenção do programa Saúde do Idoso, optamos por adotar os manuais técnicos Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Atualmente para avaliar os idosos da unidade e seu histórico de doenças prévias utilizamos apenas as

informações do seu prontuário, que muitas vezes estão incompletas e deixam passar alguns detalhes. Para ter uma avaliação completa de saúde da pessoa idosa, utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso que tem como objetivo avaliar o perfil do idoso e captar todo o seu histórico como: doenças prévias, delimitações funcionais, exames complementares, vacinas, data da última consulta.

Através desta ficha teremos dados suficientes sobre a capacidade funcional, física e de qualidade de vida dos idosos residentes na área. Assim teremos uma ficha completa com todos os dados necessários anexado em seu prontuário.

A ficha espelho utilizada será a do curso da UfPel, que contém todos os dados necessários de acordo com a nossa realidade, para facilitar o atendimento e acompanhamento clínico dos indivíduos. Solicitaremos a impressão da ficha na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e serão preenchidas durante a triagem do usuário, pelos profissionais técnicos de enfermagem. O registro do livro será realizado pela arquivista durante a marcação das consultas. Assim saberemos quantos idosos frequentam a unidade e quem são esses idosos.

Assim, visando ampliar o atendimento e cadastramento dos idosos, além de concretizar os atendimentos clínicos necessários na Unidade Básica de Saúde (UBS) e o acompanhamento na saúde bucal, utilizaremos o Manual técnico Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do MS, para capacitar e treinar todos os membros da equipe, essa capacitação será realizada uma vez por semana no horário da tarde, os técnicos de enfermagem também serão treinados para o preenchimento da ficha espelho antes do atendimento clínico.

A avaliação multidimensional rápida tem como objetivo melhorar o acolhimento, e acompanhamento dos indivíduos que frequentam a unidade e da atenção ao idoso, de forma a monitorar também os idosos hipertensos e diabéticos.

Para sensibilizar a comunidade, faremos contato com a população da área de abrangência através dos agentes de saúde e palestras na sala de espera da unidade apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância da atenção à saúde do idoso. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de idosos, incluindo aqueles impossibilitados de comparecer a unidade, e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo.

Além disso, serão realizadas reuniões com os indivíduos da área de abrangência da unidade de saúde, convidaremos pelos menos 3 pessoas de cada microárea adstrita de cada um dos agentes de saúde a fim de criar um maior vínculo

com a comunidade relatando a importância do desenvolvimento das ações de saúde do idoso com efetividade e divulgando a implantação do programa na unidade.

Para o rastreamento dos idosos de risco da área de abrangência, tais como os acamados e com problemas de locomoção também utilizaremos a ficha espelho e os prontuários. Buscando priorizar o atendimento ao idoso com maior risco de morbimortalidade e de fragilização na velhice, serão deixadas 20 vagas destinadas aos idosos para atendimento médico reservadas semanalmente para o dia do idoso, em que 15 (quinze) vagas serão para os atendimentos pré-agendados e 5 (cinco) para as consultas de demanda livre no dia. Será realizada uma capacitação com a equipe para identificar fatores de riscos para morbimortalidade, fragilização na velhice e avaliação socioeconômica do idoso, orientando a equipe quanto aos critérios a serem observados para identificar esses fatores e sinalizando em livro de registro dos idosos após os atendimentos diários.

Por fim, para monitorar a ação programática de intervenção, mensalmente examinaremos o livro de registro juntamente com a ficha espelho e o prontuário dos idosos, a fim de identificar aqueles com consultas, exames e vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde será alertado, durante a reunião mensal que acontece todo dia 30 de cada mês, a fazer a busca ativa desses idosos com acompanhamento em atraso. Estima-se uma média de 15 (quinze) idosos por semana, totalizando pelo menos 60 por mês. A final dos 4 meses teremos 260 idosos cadastrados.

2.3.4 Cronograma

Atividades ^α	Semanas ^α															
	1 ^α	2 ^α	3 ^α	4 ^α	5 ^α	6 ^α	7 ^α	8 ^α	9 ^α	10 ^α	11 ^α	12 ^α	13 ^α	14 ^α	15 ^α	16 ^α
Capacitação dos profissionais de Saúde da UBS sobre o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Cadastramento de todos os idosos da área adstrita ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Cadastramento dos idosos dependentes, acamados ou com problemas de locomoção ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Preenchimento da caderneta de saúde dos idosos ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Preenchimento da ficha espelho para anexar ao prontuário ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Realizar visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Atendimento clínico com avaliação global voltado para o idoso ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Busca ativa, pelos ACS, dos idosos ausentes da Unidade ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Grupo de idosos com atividades de promoção à saúde ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular e Hiperdia que os idosos fazem uso, pelo dispensador da farmácia da unidade ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Monitoramento e a avaliação semanal das intervenções realizadas ^α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α

A ficha espelho não foi preenchida desde a primeira semana pois ainda estavam sendo confeccionadas/impressas pela SMS.

3 Relatório final da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Realizamos a capacitação dos profissionais da unidade seguindo as recomendações do Ministério da Saúde sobre os manuais técnicos, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, orientando a equipe quanto a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Esta atividade de capacitação promoveu o trabalho integrado da médica e da enfermeira, com a participação de toda equipe, um total de dez pessoas, dois técnicos de enfermagem, um arquivista, cinco agentes comunitários de saúde e um dentista.

Aproveitamos o momento para esclarecermos dúvidas e atribuímos o papel e a importância de cada profissional durante o desenvolvimento do projeto. Isto estava previsto para ocorrer na primeira semana de intervenção e foi realizado com êxito na reunião de equipe e depois individualmente. Não tivemos grandes dificuldades em cada um cumprir o seu papel, o que ocorreu foi que no segundo e terceiro mês tivemos a campanha do outubro rosa para prevenção de câncer de colo do útero e da mama e o novembro azul para a prevenção do câncer de próstata. Dessa forma, cada profissional tinha muitas coisas para fazer e algumas metas não foram cumpridas por causa da falta de tempo.

O ACS foi um elo importante entre a unidade e o idoso, uma vez que fez a busca diária pelos usuários da terceira idade, marcando consultas, se informando quem não podia ir à unidade por dificuldade de locomoção e realizando a marcação das visitas domiciliares. Foram eles que ajudaram no cadastramento e trouxeram várias informações relativas ao estado de saúde de cada usuário. As técnicas de enfermagem auxiliaram no acolhimento, classificação de risco, verificando a pressão arterial e realizando o teste de HGT para os idosos diabéticos.

À arquivista foi atribuída a função de recepcionar e acolher os idosos de forma humanizada além da organização do prontuário, quanto a inclusão da ficha espelho. A enfermeira auxiliou muito nas marcações de consultas também, principalmente quando atendia os idosos no programa hiperdia que não era cadastrado neste programa. Ela acompanhou todas as visitas domiciliares prestando a assistência de enfermagem, realizando procedimentos como a passagem de sonda uretral e a troca de curativos de úlceras por pressão, além das orientações sobre mudanças de decúbitos para usuários acamados. A dentista realizou consultas odontológicas específicas para a terceira idade, fazendo a avaliação e orientando os mesmos.

Além da capacitação e da atribuição do papel de cada um, houveram reuniões semanais para discutir o que e como o serviço estava sendo prestado. Isto impactou também em outras atividades no serviço, uma vez que houve a mobilização do trabalho em equipe, a sensibilização e o comprometimento de se fazer o melhor.

O cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa estava previsto para todas as semanas da intervenção e ocorreu de maneira bem adequada, porém alguns idosos ficaram sem cadastro na intervenção. Antes disso os ACS fizeram o levantamento do número de idosos na área para poder atribuir as metas, concluindo que o número total de idosos era 260.

Durante as doze semanas, fizemos o cadastramento dos idosos independentes, dependentes e acamados e toda sexta à tarde atendemos, em média, oito idosos, porém, quando ele não podia neste dia, era atendido em outro. Foi feito o exame físico, preenchida a ficha espelho, e a avaliação multidimensional. Renovada as receitas para medicações controladas, anti-hipertensivos e diabéticos, registrada as principais queixas, comorbidades e solicitado alguns exames de rotina.

Além disso, foi preenchida e entregue para aqueles que ainda não a possuíam, a caderneta de saúde da pessoa idosa, orientando sobre a importância de levá-la sempre às consultas. No final de cada semana realizamos uma reunião com a equipe, fazendo a análise do que foi feito, e no final de cada mês avaliamos o monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular e Hiperdia que os idosos fazem uso, feito pelo dispensador da farmácia da unidade. O monitoramento da saída de medicamentos da farmácia da unidade também foi uma melhoria para o

serviço, uma vez que o uso indiscriminado de drogas foi controlado, passando por ações educativas também.

Aprimoramos, também, o acolhimento humanizado dos idosos. Eu e a enfermeira, procuramos dá muita ênfase nisto, principalmente aos profissionais da equipe, desde sua entrada, com o arquivista e com as técnicas de enfermagem fazendo a triagem.

As visitas domiciliares também ocorreram semanalmente, de acordo com a demanda. No último mês, por exemplo, tivemos apenas um novo cadastro de idoso acamado ou com dificuldade de locomoção. A estimativa era de 22 idosos acamados, cadastramos 37, sempre sob indicação das ACS, as quais tiveram um papel fundamental no desenvolvimento deste projeto.

Apesar do êxito na maioria das ações planejados, enfrentamos algumas dificuldades. Na primeira semana, não tínhamos a quantidade de ficha espelho suficiente e precisamos ficar cobrando à diretoria da unidade.

Os problemas que acometem os idosos atendidos até hoje que mais me chamaram atenção estão relacionados a quedas, úlcera por pressão, demência, diabetes, hipertensão, uso abusivo de psicotrópicos, má alimentação, falta de exercícios físicos e falta de estrutura por parte dos familiares, o que nos leva a refletir a grande relação com as condições socioeconômicas.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

A única atividade que estava no cronograma e que ainda não conseguimos realizar foi a formação do grupo de idosos semanal. Como nosso maior objetivo era que houvesse, uma ou duas vezes na semana, atividade física (dança, ginástica ou caminhada) na unidade, a fim de promover saúde ao grupo e contribuir para uma melhor qualidade de vida, acabamos nos prendendo a isso e ficamos apenas cobrando da equipe do NASF a presença do educador físico na frequência desejada. Infelizmente, por meio de tantas tarefas atribuídas à equipe não pensamos nas inúmeras possibilidades de promover saúde na criação do grupo de idosos. Esta foi uma limitação da equipe.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção

As principais dificuldades encontradas para coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foi adaptar os atendimentos para responder todos os pontos elencados na ficha espelho e na planilha de coleta, principalmente porque a assistência prestada aos idosos era simplificada, sem avaliações e voltada apenas para hipertensão e diabetes ou pelas queixas que apresentavam.

A dificuldade para o fechamento das planilhas de coletas de dados foi o erro de digitação que só ao fechar as planilhas eram percebidas, precisando voltar as anotações ou prontuários para corrigi-las. E para o cálculo dos indicadores alguns deles ficavam com seu numerador maior que 100% por erros dos cálculos automáticos da própria planilha, a qual foi modificada várias vezes para poder dar certo.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

A intervenção para a comunidade já vem mostrando os seus resultados. Os idosos da área de abrangência vêm se mostrando satisfeitos com a prioridade no atendimento e estão mais presentes na unidade. Antes a frequência era apenas para pegar a medicação, renovar receita ou se tivessem alguma queixa, agora eles demoram na consulta, são avaliados fisicamente e recebem orientações.

Obtivemos um aumento considerável nas consultas medicas destinadas aos usuários idosos, como também, as orientações da médica e da enfermeira a eles e seus familiares foram incorporadas ao serviço, precisamos apenas desenvolver um mecanismo de aumentar o atendimento odontologia para esses idosos.

Percebo que a equipe se integrou, e contribuiu muito na intervenção, porém, o desafio está na continuidade, uma vez entende-se que a intervenção deve ser incorporada a rotina do serviço para melhor qualidade de vida dos idosos. Portanto precisamos trabalhar com a conscientização dos profissionais da equipe em relação a necessidade da atenção especial para os idosos, principalmente aqueles que se encontram em processo de fragilização.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Considerando nossa população total de 2.550 pessoas, o cálculo para estimar o número de idosos da área de abrangência resultou em 260 idosos. A fim de atingir a meta, 100% da cobertura, iniciamos o cadastramento, avaliação e assistência dos idosos, partindo de nenhum usuário cadastrado, uma vez que desconsideramos o cadastro do Hiperdia e a não utilização de outro programa voltado exclusivamente para a pessoa idosa, evoluindo para 245 idosos cadastrados, ou seja, em 4 meses de intervenção, houve cobertura de 94,2% dos usuários dada pela razão entre o número de idosos cadastrados no programa e o número total de idosos da área, sendo que no primeiro mês o número de cadastros foi de 30 idosos (11,5%) e no segundo foi mais 75 totalizando 105 idosos (40,4%), no terceiro mês foram mais 125 fechando o mês com 230 (88,5%) e no quarto mês mais 15 idosos finalizando com 245 idosos (94,2%). Desta forma, percebemos que do segundo para o terceiro mês a proporção de idosos cadastrados aumentou 29 pontos percentuais, indicando maior adesão de cadastros quando comparado o primeiro mês com o segundo. Este fato foi ocasionado devido a mudança ocorrida no atendimento para os usuários idosos.

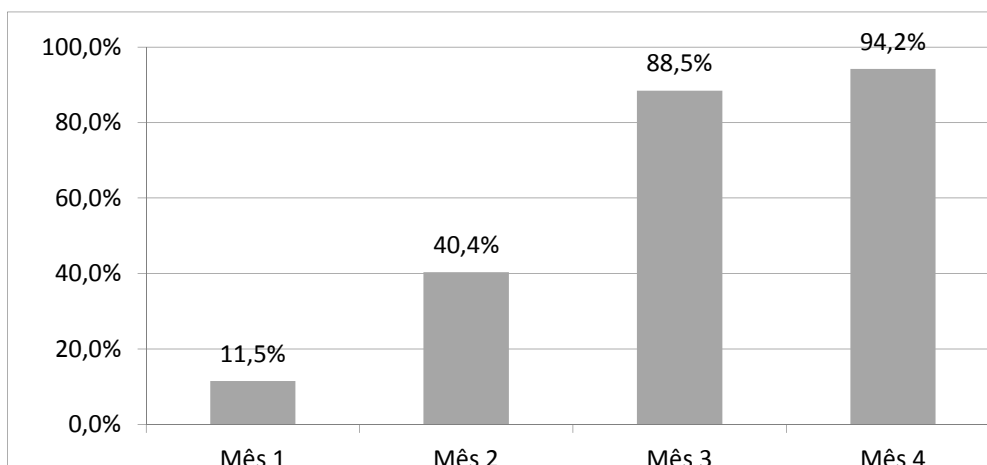


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Quanto à proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia dada pela razão entre o número de idosos com a avaliação em dia e o número de idosos cadastrados, encontramos que no primeiro mês 23 idosos (76,7%) tinham a avaliação em dia e no segundo mês 81 idosos (77,1%), no terceiro mês 179 idosos (77,8%), no quarto mês 191 idosos (78%) finalizando os quatro meses da intervenção.

É importante ressaltar que consideramos os idosos que já haviam sido avaliados antes do primeiro contato a partir da intervenção, motivo este para termos um pouco mais da metade dos idosos cadastrados. No entanto, os que não tinham, era realizada no momento do atendimento.

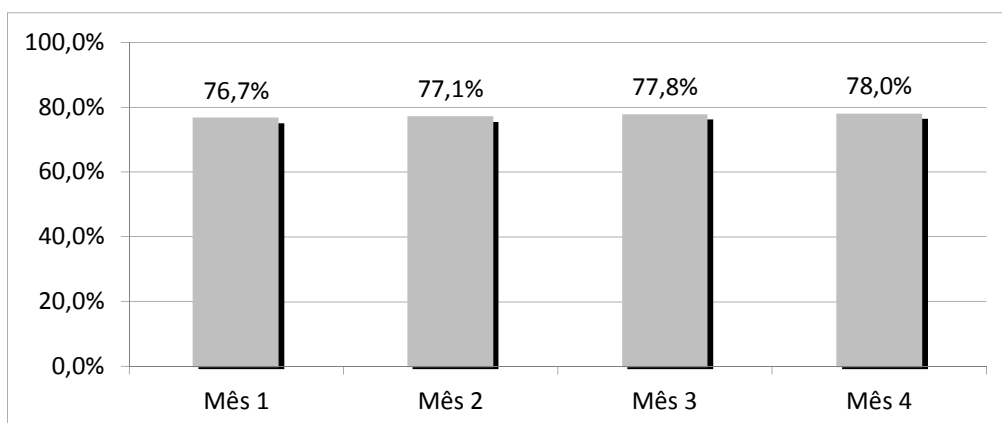


Figura 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Em relação à proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, no primeiro mês foi 20 idosos (66,7%), no segundo mês 83 (79%), no terceiro mês 199

(86,5%), no quarto mês 214 idosos (87,3%) com este exame em dia (Figura 3). O cálculo do indicador é dado pelo número de idosos com exame clínico apropriado em dia dividido pelo total de idosos cadastrados. Não foi possível atingir a meta dos 100% devido a alguns idosos que faltosos as consultas.

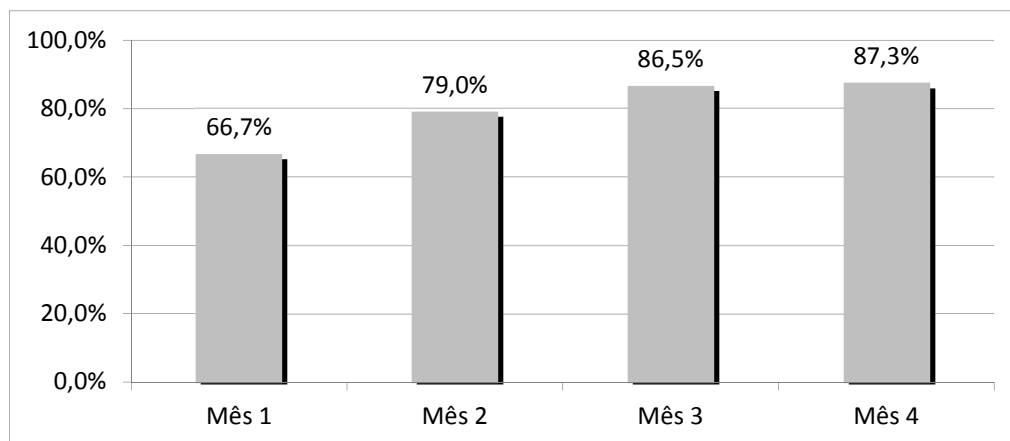


Figura 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

A proporção de idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares em dia é dada pelo número de hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames periódicos complementares em dia sobre o número de idosos com pressão alta e/ou diabetes. Percebeu-se no primeiro mês que 24 idosos (80%) que eram hipertensos ou diabéticos com exames complementares em dia, já no segundo mês este número foi para 86 idosos (81,9%) e aos três meses continuou o aumento desta proporção, passando para 82,2% que corresponde a 189 idosos e no quarto mês 204 idosos (83,3%) (Figura 4). Este indicador é semelhante ao da avaliação multiprofissional em dia, no sentido que apenas os idosos já estavam com a solicitação de exames complementares em dia entraram na proporção, excluindo os que foram solicitados após a intervenção.

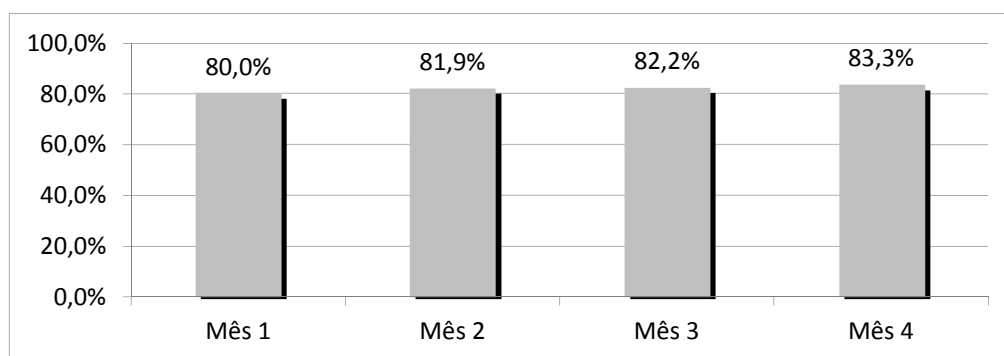


Figura 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

A Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada aumentou com o tempo, passamos de 27 (90%) para 99 (94,3%) no segundo e 220 (95,7%) no terceiro e no quarto 235 (95,6%) (Figura 5). O aumento se deu devido a maioria dos idosos receberem a medicação na farmácia popular os outros não usam medicação.

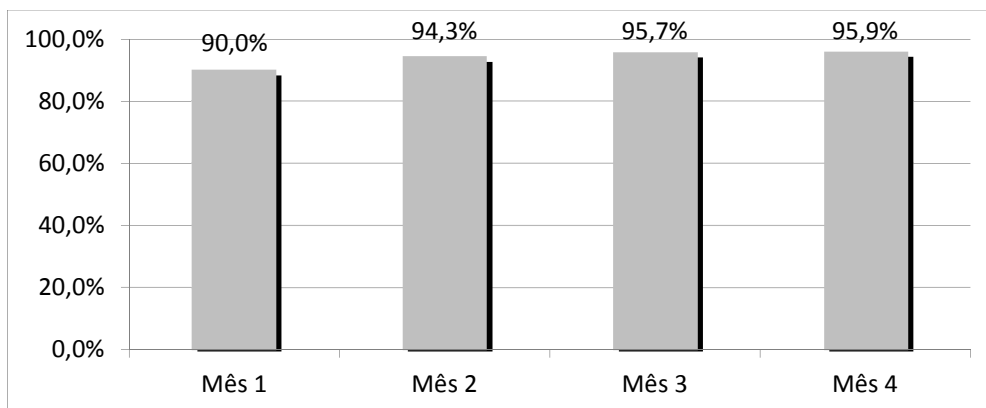


Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Analisando os dados do indicador da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, observamos uma constante nos 4 meses de intervenção. No primeiro mês foram 12 (100%), no segundo 25 (100%), no terceiro 36 e no quarto 37 (100%), ou seja, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência foram cadastrados (Figura 6).

O mesmo aconteceu com as visitas domiciliares a esses idosos, uma vez que 100% dos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita, sendo 11 (91,7%) no primeiro mês, 24 (92%) no segundo, 35 (97,3%) no terceiro e no quarto 37 (100%). (Figura 7). Este indicador é calculado com o número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar dividido pelo número de idosos cadastrados no Programa acamados ou com problemas de locomoção.

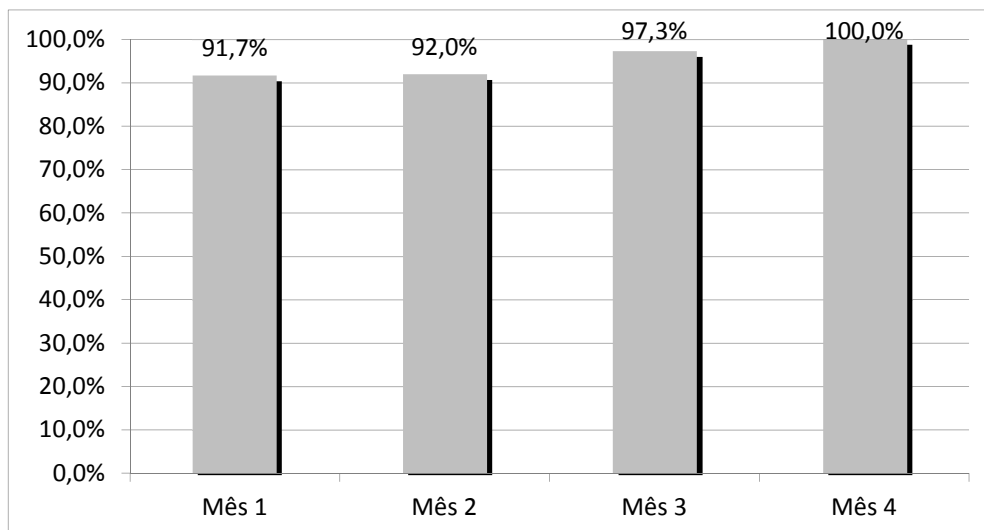


Figura 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Em relação a proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, mantivemos uma constante, todos os idosos cadastrados na intervenção, tiveram a verificação da pressão arterial representando por 245 idosos (100%) tiveram sua pressão arterial aferida na primeira consulta.

Analisando a proporção de idosos com hipertensão arterial tivemos ao final 108 idosos com pressão alta e destes 48 idosos foram rastreados (44,4%). No primeiro mês foram 2 de 15 (13,3%) e no segundo 13 de 46 (28,3%), no terceiro 44 de 100 idosos com pressão alta (44%) e no quarto 48 de 108 idosos (75%).

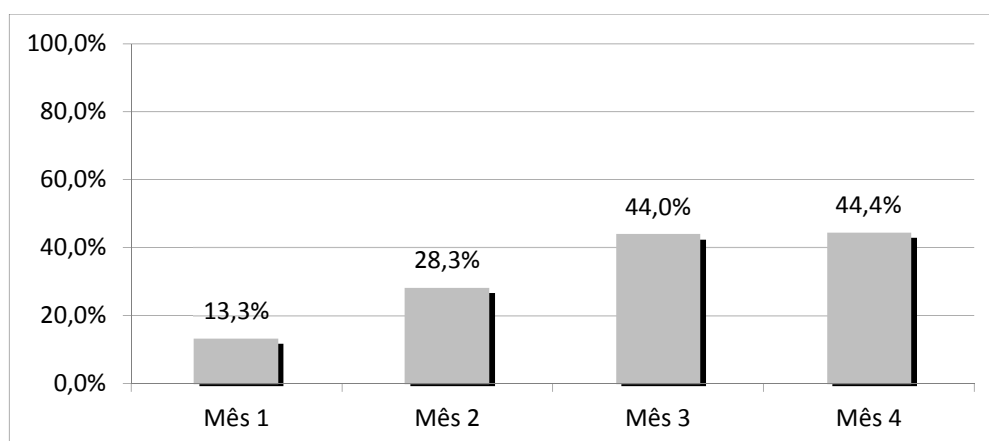


Figura 7: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

A proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 22 idosos (73,3%) no primeiro mês, no segundo foi de 62,9% (66

idosos), no terceiro foi de 162 idosos (70,4%) e no quarto mês 177 idosos (72,2%) conforme figura 10. A justificativa para o não cumprimento da meta deve-se ao fato de que alguns idosos estavam com o tratamento odontológico em dia e se recusaram a realizar a avaliação odontológica. Realizamos a busca ativa dos idosos que faltaram as consultas.

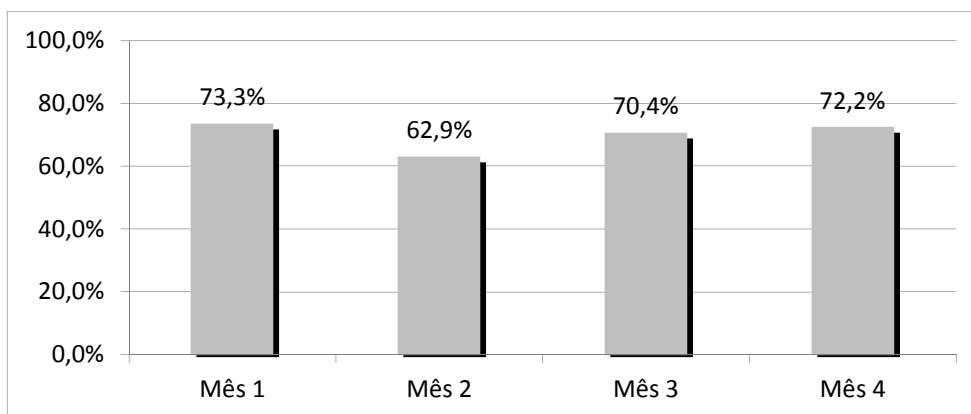


Figura 8: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

A proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática foi de 10 (33,3%) e aumentou no segundo mês para 37 idosos (35,2%), no terceiro mês para 73 (31,7%) e no quarto mês finalizamos com 85 idosos (34,7%). (Figura 11). Os idosos que compareceram as consultas odontológicas programáticas e tinham necessidade de prótese foram encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

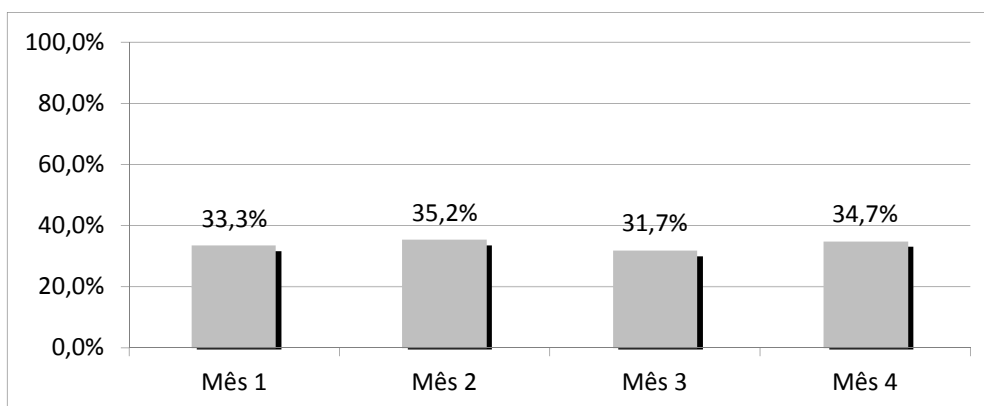


Figura 9: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Já a proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa foi de 55,8% (5 de 9 idosos) no primeiro mês, 70,8% no segundo sendo 17 buscas

para 24 faltas e terceiro mês e no quarto apenas 3 idosos faltaram às consultas e foram buscados. (Figura 12)

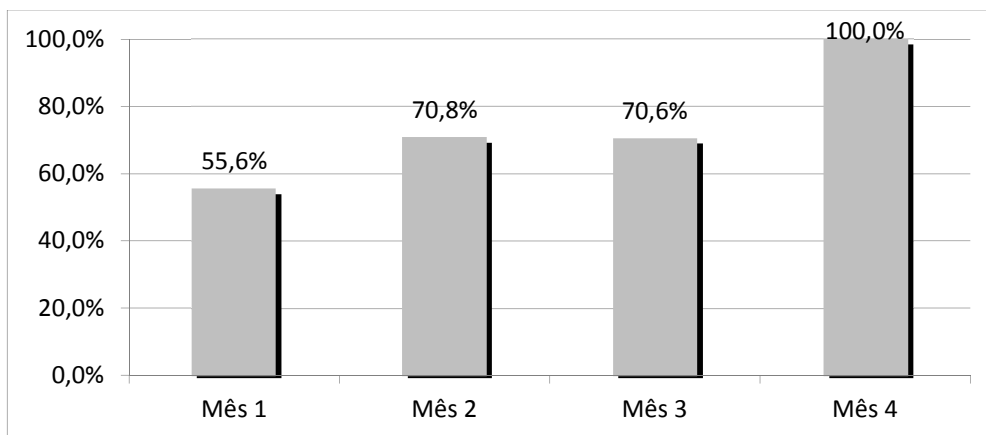


Figura 10: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Em relação a proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, tivemos 30 (100%), 75 (100%), 125 (100%) e 15 (100%) dos idosos cadastrados com a ficha espelho em dia, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. (Figura 13). Mesmo com o atraso na impressão da ficha espelho todos os idosos foram cadastrados.

A proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em dia, ocorreu que 29 (96,7%), 96 (91,4%), 182 (79,1%) e 197 (80,4%) dos idosos cadastrados tiveram a caderneta preenchida (Figura 14). No indicador da caderneta de saúde da pessoa idosa os idosos que não foram registrados na caderneta foi devido a falta do impresso no final das consultas. E alguns idosos já possuíam a caderneta de vacinação em dia.

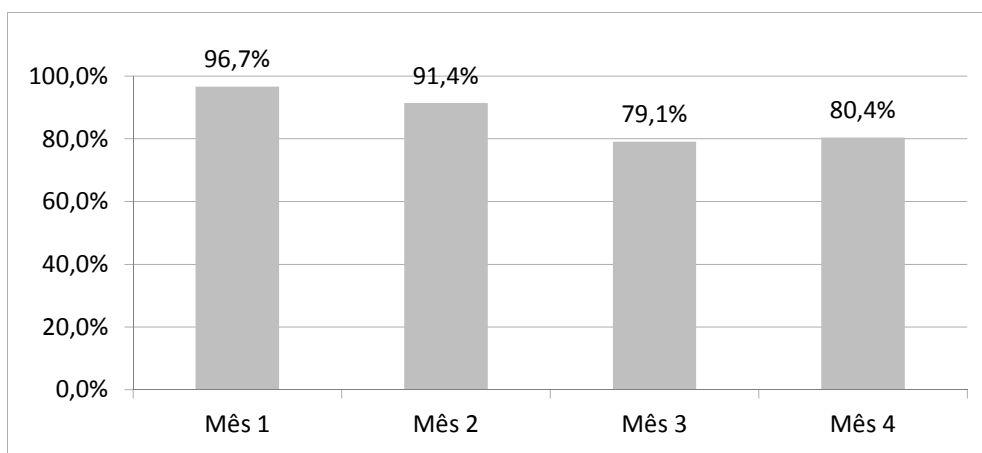


Figura 11: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade foi de 29 (96,7%) no primeiro mês, 103 (98,1%) no segundo, 182 (98,7%) no terceiro e no quarto 242 idosos (98,8%) (Figura 15).

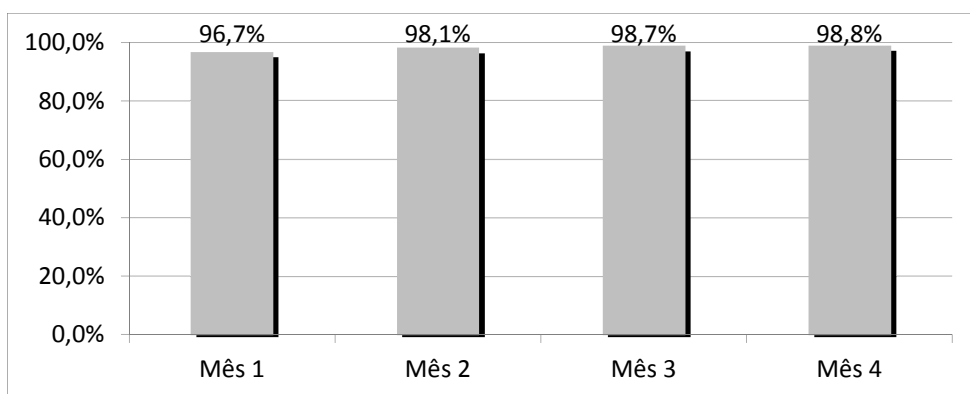


Figura 12: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Em se tratando da proporção de idosos com avaliação para fragilidade na velhice em dia, observamos uma crescente evolução nos resultados ao longo do tempo, de forma que no primeiro mês foi 29 (96,7%), no segundo foi 103 (98,1%), 227 (98,7%) no terceiro e no quarto 242 (98,8%) idosos avaliados (Figura 16).

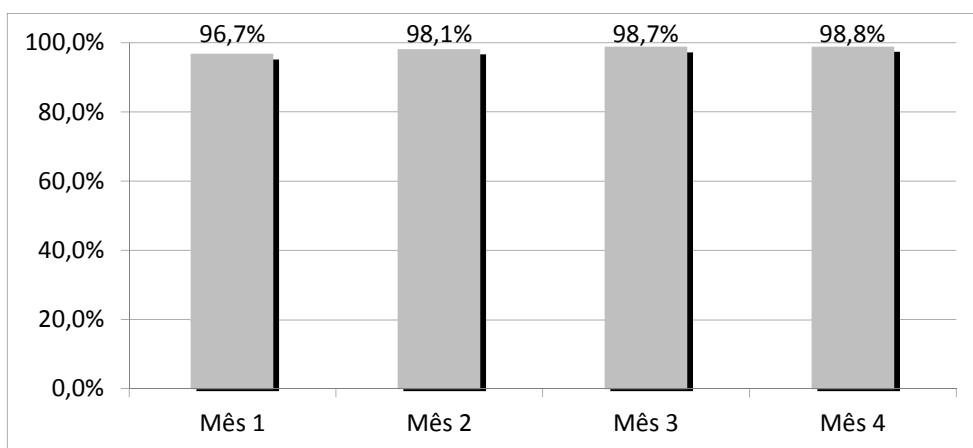


Figura 13: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

O indicador da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia permitiu verificar a rede social de 100% dos idosos. No primeiro mês foram 30

idosos (100%) e 105 (100%) no segundo mês. Finalizamos com 230 e 245 idosos, no terceiro e quarto mês respectivamente, com a rede social avaliada.

A proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis foi de 30 idosos (100%) no primeiro mês, 100 (97,1%) no segundo, 220 (96,5%) no terceiro e no quarto 234 (96,7%) (Figura 17). Este indicador não atingiu a meta porque a parte restante foram encaminhadas para a nutricionista com o intuito de modificar hábitos alimentares e acompanhar uma dieta hipocalórica.

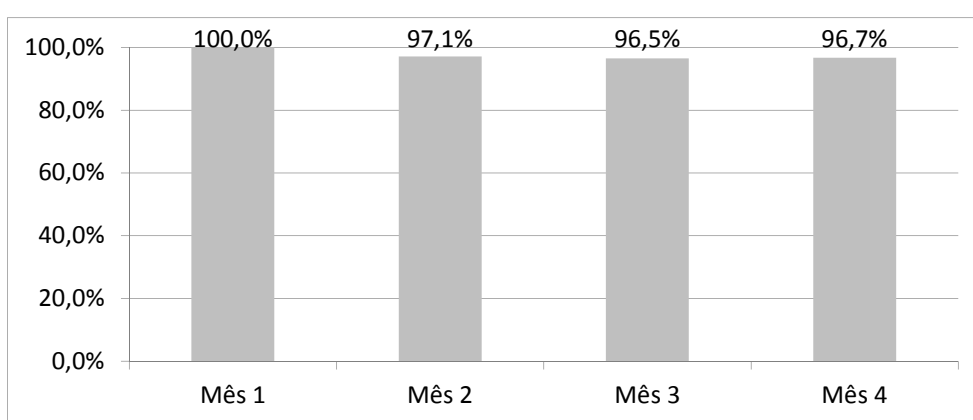


Figura 14: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

Quanto a proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, percebemos que 19 (63,3%), 91 (86,7%), 165 (71,7%) e 180 (73,5%) dos idosos foram orientados no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 18). Os próprios idosos reclamam sobre a falta de atividades e exercícios físicos disponibilizados pela unidade de saúde, e principalmente de um educador físico mais presente.

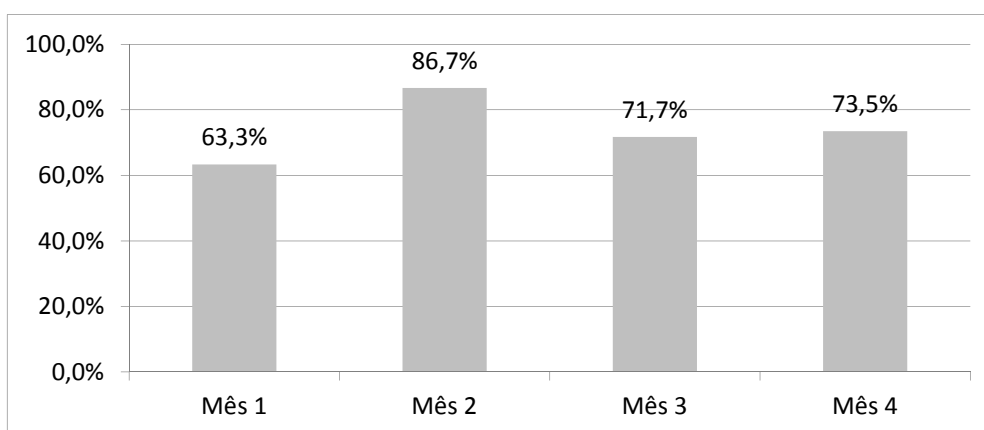


Figura 15: proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

A proporção de idosos com orientações individuais de cuidados de saúde bucal no primeiro mês foi 10 (33,3%) idosos no primeiro mês, 37 (35,2%) no segundo, 73 (31,7%) no terceiro e no quarto mês 85 dos 245 idosos acompanhados (34,7%).

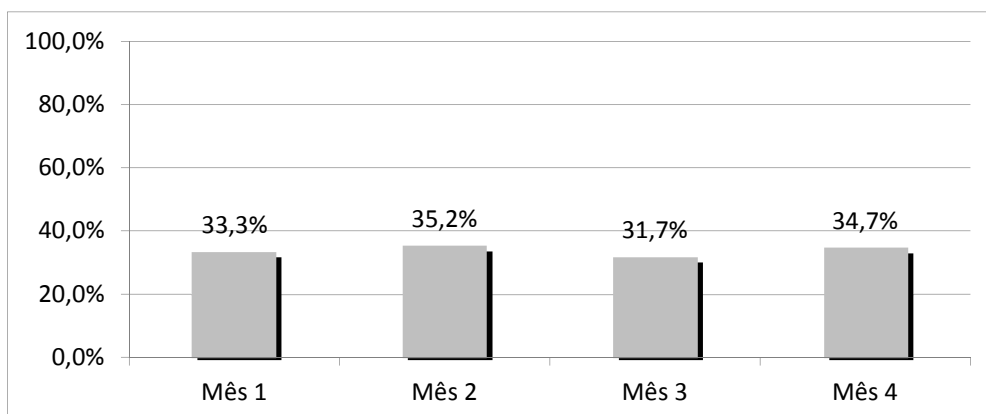


Figura 16: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa, a qual passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado. Além disso, houve a melhoria dos registros utilizando o livro de registros, a ficha espelho, a caderneta da pessoa idosa e o prontuário do usuário; melhoria da qualificação da atenção por meio da avaliação multidimensional rápida, da cobertura total de idosos acamados e com dificuldades de locomoção; e do rastreio para hipertensão e diabetes.

Ela exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde sobre os manuais técnicos, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, orientando a equipe quanto a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Esta atividade de capacitação promoveu o trabalho integrado da médica e da enfermeira, com a participação de toda equipe, um total de 10 pessoas, 2 técnicos de enfermagem, 1 arquivista, 5 agentes comunitários de saúde e 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário.

Aproveitamos o momento para esclarecermos dúvidas e atribuímos o papel e a importância de cada profissional durante o desenvolvimento do projeto. O ACS foi um elo importante entre a unidade e o idoso, uma vez que fez a busca diária

pelos usuários da terceira idade, marcando consultas, se informando quem não podia ir à unidade por dificuldade de locomoção e realizando a marcação das visitas domiciliares. Foram eles que ajudaram no cadastramento e trouxeram várias informações relativas ao estado de saúde de cada usuário. As técnicas de enfermagem auxiliaram no acolhimento, classificação de risco, verificando a pressão arterial e realizando o teste de HGT para os idosos diabéticos.

À arquivista foi atribuída a função de recepcionar e acolher os idosos de forma humanizada além da organização do prontuário, quanto a inclusão da ficha espelho. A enfermeira auxiliou muito nas marcações de consultas também, principalmente quando atendia os idosos no programa hiperdia que não era cadastrado neste programa. Ela acompanhou todas as visitas domiciliares prestando a assistência de enfermagem, realizando procedimentos como a passagem de sonda uretral e a troca de curativos de úlceras por pressão, além das orientações sobre mudanças de decúbitos para usuários acamados. A dentista realizou consultas odontológicas específicas para a terceira idade, fazendo a avaliação e orientando os mesmos.

A capacitação dos profissionais da saúde, a atribuição do papel de cada um e reuniões semanais para discutir o que e como o serviço estava sendo prestado impactou também em outras atividades no serviço, uma vez que houve a mobilização do trabalho em equipe, a sensibilização e o comprometimento de se fazer o melhor.

Antes da intervenção as atividades de atenção ao idoso eram concentradas no programa hiperdia. Foi revisto as possibilidades de aumentar a cobertura e melhorar a atenção e assistência dessas pessoas, para isso, as atribuições da equipe foram direcionadas a eles, focando na consulta exclusiva com avaliação multidimensional, exame clínico, laboratoriais e registros na ficha espelho e caderneta do idoso, de forma que sistematizou a assistência.

O monitoramento da saída de medicamentos da farmácia da unidade também foi uma melhoria para o serviço, uma vez que o uso indiscriminado de drogas foi controlado, passando por ações educativas também.

O impacto da intervenção para a comunidade já vem sendo percebido. Os idosos e familiares tem se mostrado satisfeitos com a prioridade no atendimento e estão mais presentes na unidade. Antes a frequência era apenas para pegar a

medicação, ou se tivesse alguma queixa, agora eles demoram na consulta, são avaliados fisicamente e recebem orientações.

Apesar do êxito do programa de intervenção, a sua cobertura ainda não é total, faltam alguns dos idosos da área de cobertura serem cadastrados. Mas caso fosse começar a intervenção hoje, tiraria um dia fixo para a consulta médica e deixaria marcada para dois ou três idosos todos os dias, a fim de não excluir ninguém, atendendo todas as possibilidades de horário deles. Melhoraria também as atividades de promoção à saúde, desenvolvendo e disponibilizando para a comunidade um calendário mensal com dia e horário dessas atividades.

Nesta etapa final do projeto, percebo que a equipe se mobilizou, se integrou, e contribuiu muito na intervenção, porém, o desafio está na continuidade, uma vez que surgiram algumas dificuldades de adesão e de entendimento que o projeto precisa ser incorporado na rotina do serviço por tempo indeterminado. Portanto precisamos trabalhar com a conscientização da comunidade e de alguns profissionais da equipe em relação a necessidade da atenção especial para os idosos, principalmente aqueles que se encontram em processo de fragilização.

Apesar de entender a grande demanda dos profissionais do NASF, tentaremos uma maior integração com a equipe deles para auxiliar nas atividades e atendimento direcionadas ao idosos que são de sua competência, visto a necessidade de uma maior atenção por parte da fisioterapia, educação física e nutrição.

6 Relatório para o gestor

À gestão Municipal da cidade

Com base em um levantamento realizado para analisar a situação de saúde da unidade, optamos por desenvolver estratégias de melhorarias na atenção à saúde do idoso. Este projeto foi desenvolvido no período de 4 meses na Unidade de Saúde do Centro I, localizada no município de São José de Mipibu/RN, onde participaram 90% dos idosos residentes da área. A estimativa era de realizar acompanhamento a 100% dos idosos da área de abrangência da unidade de saúde com a intervenção, aproximadamente 260 pessoas.

Foi elaborado a partir do projeto criado pela médica do PROVAB que presta serviço na unidade com o auxílio da Universidade Federal de Pelotas/RS, voltado para a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, que passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado.

Para tanto, elaboramos uma ficha de atendimento específico do idoso, para que houvesse um melhor acompanhamento e definição de conduta. Essa ficha ficou anexada ao prontuário da família e incluiu dados pessoais e de antecedentes pessoais e familiares, resultados de teste que avaliam a capacidade física e a qualidade de vida dos idosos (como, por exemplo, o teste de avaliação de atividades diárias), histórico vacinal, alergias, medicamentos em uso, hábitos de vida e evolução do dia da consulta (incluindo anamnese, exame físico, diagnóstico e conduta).

Realizado o levantamento dos idosos, assim como a busca ativa, definimos um turno na semana para que o atendimento seja direcionado a esses usuários, os quais foram estimulados a levarem em cada consulta sua caderneta de saúde.

Após o planejamento, iniciamos nossas atividades com a capacitação dos profissionais da unidade básica de saúde sobre os manuais técnicos:

Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, orientando a equipe quanto a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Além disso, as ACS foram orientadas para realizarem as buscas ativas dos idosos faltosos às consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. Esta atividade de capacitação promoveu o trabalho integrado da médica e da enfermeira, com a participação de toda equipe, um total de 10 pessoas, dois técnicos de enfermagem, um arquivista, cinco agentes comunitários de saúde e um cirurgiã-dentista, e ocorreu na primeira semana de intervenção, no final do expediente, em reunião de equipe.

Tivemos também uma reunião depois do segundo mês para observarmos o andamento do número de idosos e familiares que foram orientados em relação aos hábitos de alimentação saudável, à prática de atividade física e à higiene bucal. Com isso, a enfermeira se reuniu com as auxiliares de enfermagem e demais profissionais para reforçar essas orientações.

Além disso, houve a melhoria dos registros utilizando o livro de registros, a ficha espelho, a caderneta da pessoa idosa e o prontuário do usuário; melhoria da qualificação da atenção por meio da avaliação multidimensional rápida, da cobertura total de idosos acamados e com dificuldades de locomoção; e do rastreio para hipertensão e diabetes.

O estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática foi previsto para ocorrer na primeira semana de intervenção e foi realizado com êxito na reunião de equipe e depois individualmente. Não tivemos grandes dificuldades e cada um cumprir o seu papel, o que ocorreu foi que cada profissional tinha muitas coisas para fazer para que a intervenção transcorresse da maneira correta.

O cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa se deu em todas as semanas da intervenção e apesar do empenho das ACS que estavam realizando o cadastramento, finalizamos com cerca de 90% dos idosos cadastrados na UBS.

Além disso, foi preenchida e entregue para aqueles que ainda não a possuíam, a caderneta de saúde da pessoa idosa, orientando sobre a importância de levá-la sempre às consultas. No final de cada semana realizamos uma reunião com a equipe, fazendo a análise do que foi feito, e no final de cada mês avaliamos o monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular e Hiperdia que os idosos fazem uso, feito pelo dispensador da farmácia da unidade.

Aprimoramos, também, o acolhimento humanizado dos idosos. Eu e a enfermeira, procuramos dá muita ênfase nisto, principalmente aos profissionais da equipe, desde sua entrada, com o arquivista e com as técnicas de enfermagem faziam a triagem.

As visitas domiciliares também ocorreram semanalmente, de acordo com a demanda. No último mês, por exemplo, tivemos apenas um novo cadastro de idoso acamado ou com dificuldade de locomoção. A estimativa era de 22 idosos acamados, cadastramos 37, sempre sob indicação das ACS, as quais tiveram um papel fundamental no desenvolvimento deste projeto.

Apesar do êxito na maioria das ações planejados, enfrentamos algumas dificuldades para cumprir as atividades planejada. Na primeira semana, não tínhamos a quantidade de ficha espelho suficiente e precisamos ficar cobrando à Secretaria de saúde, falta de cadernetas suficientes para todos os idosos.

Entretanto, a única atividade que estava no cronograma e que ainda não conseguimos realizá-la foi a formação do grupo de idosos semanal. Como nosso maior objetivo era que houvesse, uma ou duas vezes na semana, atividade física (dança, ginástica ou caminhada) na unidade, a fim de promover saúde ao grupo e contribuir para uma melhor qualidade de vida, acabamos nos prendendo a isso e ficamos apenas cobrando da equipe do NASF a presença do educador físico na frequência desejada. Infelizmente, por meio de tantas tarefas atribuídas à equipe não pensamos nas inúmeras possibilidades de promover saúde na criação do grupo de idosos. Esta foi uma limitação da equipe.

Os problemas que acometem os idosos atendidos até hoje que mais me chamaram atenção estão relacionados a quedas, úlcera por pressão, demência, diabetes, hipertensão, uso abusivo de psicotrópicos, má alimentação, falta de exercícios físicos e falta de estrutura por parte dos familiares, o que nos leva a refletir a grande relação com as condições socioeconômicas.

Já em relação aos resultados, a proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, ao final da intervenção foi de 83,4%, e os idosos que utilizam a farmácia de medicamentos na farmácia da unidade, a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aumentou com o tempo, passamos de 90% para 94,7%, 96,8 e 100%. Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência foram cadastrados, o mesmo

aconteceu com as visitas domiciliares a esses idosos, uma vez que 100% dos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita.

Portanto, percebemos a importância da sistematização do atendimento às populações específicas, como os idosos, os quais não dispunham de nenhuma atividade específicas, e com o projeto passaram a ter avaliação multidimensional, orientações de promoção à saúde, exames clínicos e complementares, etc. No entanto, precisamos de mais comprometimento dos gestores para esta população, com melhores investimentos em medicamentos, atividades de promoção à saúde como exercício físico, criação e manutenção de grupos de convivência, articulação de uma rede para o idoso, principalmente aquele que não tem família, e que precisa de apoio da assistência social. É importante compreender a complexidade de um ser idoso e das diversas facetas que ele necessita para ter saúde.

6 Relatório para a comunidade

Com base em um levantamento realizado para analisar a situação de saúde da unidade, optamos por desenvolver estratégias de melhorarias na atenção à saúde do idoso. Este projeto foi desenvolvido no período de três meses na Unidade de Saúde do Centro I localizada no município de São José de Mipibu/RN, onde participaram 90% dos idosos residentes da área. A proposta era realizar acompanhamento a 100% dos idosos da área de abrangência da unidade de saúde com a intervenção, aproximadamente 260 pessoas.

Foi elaborado para a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, que passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado.

Para isso, elaboramos uma ficha de atendimento específico do idoso, para que houvesse um melhor acompanhamento. Essa ficha ficou junto do prontuário da família do idoso e incluiu dados pessoais, resultados de teste que avaliam se o idoso é dependente ou não, o histórico de vacinas, alergias, medicamentos em uso, estilos de vida e dados da consulta médica.

Definimos um turno na semana para que o atendimento fosse direcionado a esses usuários, os quais foram estimulados a levarem em cada consulta sua caderneta da pessoa idosa.

Após o planejamento, iniciamos nossas atividades com a capacitação dos profissionais da unidade básica de saúde, orientando a equipe quanto a avaliação da saúde do idoso, o acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Além disso, as agentes foram orientadas para procurarem os idosos faltosos às consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. Esta atividade de capacitação promoveu o trabalho integrado da médica e da enfermeira, com a participação de toda equipe, um total de 10 pessoas, 2 técnicos de enfermagem, 1 arquivista, 5 agentes comunitários de

saúde e 1 dentista, e ocorreu na primeira semana de intervenção, no final do expediente, em reunião de equipe.

A intervenção proporcionou a ampliação da cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa, a qual passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado. Além disso, houve a melhoria dos registros utilizando o livro de registros, a ficha espelho, a caderneta da pessoa idosa e o prontuário do usuário; melhoria da qualificação da atenção por meio da avaliação do idoso, da assistência de todos os idosos acamados e com dificuldades de locomoção; e da busca pelos que tem hipertensão e diabetes.

O papel de cada profissional ocorreu na primeira semana de intervenção e foi realizado com êxito na reunião de equipe e depois individualmente. Não tivemos grandes dificuldades em cada um cumprir o seu papel, o que ocorreu foi que cada profissional tinha muitas coisas para fazer para que a intervenção acontecesse da maneira planejada.

O cadastramento de todos os idosos no programa se deu em todas as semanas da intervenção e apesar do empenho das agentes de saúde que estavam realizando o cadastramento, finalizamos com cerca de 90% dos idosos cadastrados na UBS.

Além disso, foi preenchida e entregue para aqueles que ainda não possuíam a caderneta de saúde da pessoa idosa, orientando sobre a importância de levá-la sempre para a unidade de saúde.

Aprimoramos, também, o acolhimento humanizado dos idosos. Eu e a enfermeira, procuramos dar muita ênfase nisto, principalmente aos profissionais da equipe, desde sua entrada, com o arquivista e com as técnicas de enfermagem faziam a triagem.

As visitas domiciliares também ocorreram semanalmente, de acordo com a necessidade, nelas cadastramos 37 idosos acamados ou que não tinham condições de ir até a unidade se consultar.

Apesar do sucesso na maioria das ações planejados, enfrentamos algumas dificuldades. Na primeira semana, não tínhamos a quantidade das fichas espelho suficientes e precisamos ficar cobrando à diretoria da unidade, entretanto, na outra semana eles já haviam atendido nosso pedido, e já estávamos com todas as fichas impressas. Também enfrentamos a falta de alguns agentes de saúde, por quase dois meses, para cumprir nossas atividades, devido as férias e licença médica.

Os atendimentos odontológicos foram realizados depois que passava pela médica e ela via a necessidade da consulta com o dentista, considerando as queixas dos idosos e a última vez que estes tinham ido ao dentista.

A única atividade que estava no cronograma e que ainda não conseguimos realizá-la foi a formação do grupo de idosos semanal. Como nosso maior objetivo era que houvesse, uma ou duas vezes na semana, atividade física (dança, ginástica ou caminhada) na unidade, a fim de promover saúde ao grupo e contribuir para uma melhor qualidade de vida, acabamos nos prendendo a isso e ficamos apenas cobrando da equipe do NASF a presença do educador físico na frequência desejada. Infelizmente, por meio de tantas tarefas atribuídas à equipe não pensamos nas inúmeras possibilidades de promover saúde na criação do grupo de idosos. Esta foi uma limitação da equipe.

Contudo, percebemos a importância de unificar o atendimento aos idosos, visto que é uma população muitas vezes esquecidas pelos gestores e ao mesmo tempo tão propícia a doenças. Na unidade eles não tinham nenhuma atividade específica, e com o projeto passaram a ter avaliação da saúde, orientações sobre alimentação e higiene, além de ter os exames em dia. Precisamos lutar por mais comprometimento dos gestores, para melhores investimentos em medicamentos, atividade física, ressocialização, auxílios de assistência social.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Após muitos anos de estudo em minha graduação. Cheguei na atenção básica e a cada dia aprendia um pouco do Sistema Único de Saúde. Quando passei a conhecer um pouco da sua legislação e da saúde pública em si, e comparando com a realidade que temos, comecei a desacreditar no sistema pela sua contradição com essa realidade. Este sentimento foi maior em relação à atenção básica pois passei a enxergar muito os seus defeitos.

No entanto, tive a oportunidade de prestar assistência a uma população muito necessitada o que me fez pensar diferente e gostar mais da atenção básica.

Hoje sinto-me feliz com a finalização da intervenção, foi um processo de aprendizagem muito grande, estou orgulhosa e satisfeita com o empenho de todos os profissionais da equipe para que a intervenção se concretizasse. E é com muito orgulho que relato essa experiência maravilhosa, sei que ainda tenho muitos desafios pelo caminho, mas foi com muita satisfação que realizei este trabalho que é muito importante para mim, para a equipe e para os usuários da unidade, foram muitos desafios pelo caminho, mas chegamos a reta final. Conseguimos na unidade padronizar todos os atendimentos, quando o usuário entra na unidade é abordado/acolhido por todos os profissionais, antes de qualquer atendimento se realiza a triagem do usuário, peso, altura, aferição pressão arterial, teste de glicemia capilar, entre outros.

Esse projeto me fez crescer como profissional e como pessoa, para a minha carreira profissional esta é uma experiência única, sei que ainda vem muito desafios, mas pude compreender além da literatura vivenciando a prática e percebo o quanto o médico e a equipe saúde da família é importante para a comunidade, essa é não só uma experiência profissional, mas de vida que levarei sempre comigo e durante a

minha carreira profissional. O cuidado com o próximo é sempre muito gratificante, por isso escolhi essa profissão.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: Caderno de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento: Série Pactos pela Saúde**. Brasília, DF, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia (org.). Os novos Idosos Brasileiros: Muitos além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al . Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 518 – 524, jun. 2004.

NETTO PAPALÉO, Matheus. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Atheneu. São Paulo: 2002. p. 60-70.

Anexos

Anexo C: Ficha Espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

 Departamento de
 Medicina Social

UFPEL

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador: _____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não É acamado (a)? () Sim () Não HAS? () Sim () Não DM? () Sim () Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm Osteoporose? () Sim () Não Depressão? () Sim () Não Demência? () Sim () Não Se sim, qual? _____
 O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ___/___/___



AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA (NORMAL OU ALTERADO)

Data	Nutrição	Visão	Audição	Incontinência	Ativ. sexual	Humor/ depressão	Cognição e memória	MMSS	MMII	Ativ. diárias	Domicílio	Queda	Rede social

CONSULTA CLÍNICA

						PARA PORTADORES DE HAS E/OU DM				
Data	Idade	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	
						Framingham	Lesões órgão alvo			
Tem fragilidade?		Orientação nutricional	Orientação sobre atividade física		Orientação para cuidados com saúde bucal		Data da visita domiciliar (se necessária)	Data da busca (se necessária)	Data da próxima consulta	

Anexo 5 – Termo de Aprovação do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Pro ^{fa} Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
